



☐ Chemnitz	☐ Dresden	☐ Plauen	☐ Berlin	☐ Cottbus
Tel.: 0371/43220-78	0351/44508-530	03741/407-280	030/80681-212	0355/4995-191
Fax: 0371/43220-73	0351/44508-690	03741/407-530	030/80681-290	0355/4995-178
☐ Görlitz	☐ Zwickau			
Tel.: 03581/3211-40	0375/5015-810			
Fax: 03581/3211-45	0375/5015-812			

Nachforderung Blutprodukte:

Klinik / Praxis:	Patientendaten (Name, Vorname, Geburtsdatum):
------------------	---

Anzahl

Benötigte Blutkonserven und -präparate

Dringlichkeitsvermerk

	Human-Erythrozytenkonzentrat (leukozytendepletiert)
	Human-Erythrozytenkonzentrat (gewaschen und leukozytendepletiert)
	Human-Erythrozytenkonzentrat (leukozytendepletiert und bestrahlt)
	Human-Thrombozytenkonzentrat (Apherese, leukozytendepletiert)
	Human-Thrombozytenkonzentrat (Pool, leukozytendepletiert)
	Gerinnungsaktives Human-Citratplasma (quarantänegelagert)
	Human-Mischblutkonserven zur Austauschtransfusion
	CMV neg. Präparat
	Sonstiges: _____

☐ Für Transfusion am: _____
Uhrzeit: _____

☐ Sofort (< 1 Std.)
Wenn fertig Tel.-Nr.: _____

☐ „Ungekreuzt“

Hiermit bestätige ich, dass die
Konservenabgabe vor Abschluss
der serologischen. Verträglichkeits-
untersuchung lebensnotwendig
ist.

Transport: ☐ Kurierfahrzeug DRK-BSD / Tour _____

☐ Selbstabholung

Name des Bestellers:
bitte in Druckschrift ausfüllen

Station: Tel./App.:
für evtl. Rückfragen

Datum: Uhrzeit:

Stempel/Unterschrift des anfordernden Arztes